



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL QUINDÍO
DESPACHO REGIONAL-APORTES

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	63
Código Centro	101063
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	55296-653706

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA	Banco a consignar:	BANCO FALABELLA
Cédula de Ciudadanía	40.730.679	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nvplazas@sena.edu.co	Número de Cuenta:	115080114144
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2025	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)			NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			NO
Concepto del pago corresponde a:			Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8932724/2026	Nº Compromiso SIIF	5026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO TÉCNICO PARA ACTIVIDADES DE RELACIONAMIENTO ESTRATÉGICO DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN DEL SECTOR EMPRESARIAL, ARTICULACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA OFERTA INSTITUCIONAL DE LA ENTIDAD, RAD 63-9-2026-000564				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 39.381.896
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 56.447.384
Valor Bruto Pago:	\$ 4.922.737,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 34.459.159

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.922.737	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.922.737		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.893.863	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	79584306	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.893.863,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.969.095	\$ 1.969.095	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 246.200	\$ 246.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 315.100	\$ 315.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 10.300	\$ 10.300	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299	0,00	0,000%
				0,00	0,000%
				0,00	0,000%
				0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 492.274		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 965.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.353.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.922.737,00	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar apoyo profesional en la planeación y ejecución de las iniciativas destinadas a promover los servicios y difundir el portaf
Contribuir al fortalecimiento de los canales de comunicación entre la Entidad y los diversos sectores productivos y económicos del
Prestar apoyo en las actividades de sensibilización dirigidas a las regionales, centros de formación, entidades de formación aliada
Registrar de manera precisa, oportuna y completa la totalidad de las actividades diarias, interacciones y gestiones realizadas, uti
Participar activamente en la gestión de los requerimientos empresariales, garantizando su adecuada clasificación y correcta descrip
Colaborar en la elaboración, consolidación y presentación de informes, estadísticas de resultados y análisis de gestión, así como e
Proponer recomendaciones objetivas y documentadas para la mejora continua de los procedimientos internos y la gestión operativa de
Contribuir en el cumplimiento de la meta de contrato de aprendizaje, mediante el seguimiento de la cuota regulada a las empresas as
Atender con diligencia y oportunidad las observaciones, instrucciones y requerimientos formulados por la supervisión del contrato,

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí


NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,


BRIAN ABDÓN RINCÓN BETANCOURT
PROFESIONAL G01

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
HENRY FERNANDEZ HERNANDEZ
DIRECTOR REGIONAL G05

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40730679	NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA		bioma mz i casa 1	3148863058	norymar19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			QUINDIO	CALARCÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79584306	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$4,000,000	\$1.317.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	97.500				97.500	0	0	97.500			975	97.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF43	Comfenalco Quindio	890000381-0	80.000	0	0	80.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	97.500	97.500
CCF	1	80.000	80.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.317.500	1.317.500

8:29

5G 72%

SE - Transacción

Aprobada  CUS

277323202



¡Hola, norma violeth plazas silva!

Estado de la Transacción: Aprobada 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 1.317.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com

Pago Protección Social

Fecha de la transacción:





04/05/2026

CUS: [277323202](#)

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

pse.com.co/persona-centro-de-ayuda



Nuevo mensaje



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, Quindío 23 de enero de 2026

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	10900276656	FEDERICO GARCIA PLAZAS	HIJO
------	-------------	------------------------	------

Toda vez que cumple con los siguientes requisitos:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Nombre: **NORMA VIOLETH PLAZAS SILVA**
C.C. 40730679 de El Doncello Caquetá

07 DIC 2021



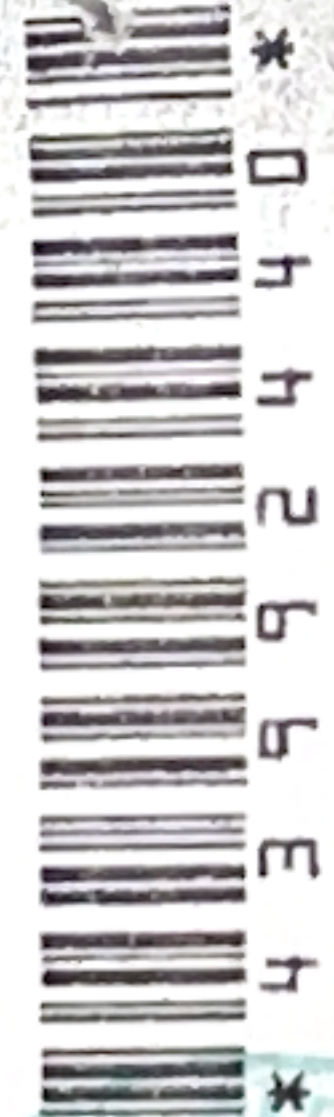
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.090.276.656

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

43992440



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 01	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código N 1 Z
--	---	-----------	------------------------------------	--	--	--------------

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del Inscrito

Primer Apellido **GARCIA** Segundo Apellido **PLAZAS**

Nombre(s) **FEDERICO**

Fecha de nacimiento Año **2010** Mes **JUN** Día **29** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O+** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de certigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **10081055-3**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **PLAZAS SILVA NORMA VIOLETH**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C 40.730.679 DEL DONCELLO** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **GARCIA ARIAS CARLOS MARTIN**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C 18.392.212 DE CALARCA/QUINDIO** Nacionalidad **COLOMBIANO**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **GARCIA ARIAS CARLOS MARTIN**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C 18.392.212 DE CALARCA/QUINDIO** Firma

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año **2010** Mes **JUL** Día **06**

NOTARIA PRIVADA
Nombre y firma del funcionario que autoriza
Juan Manuel Sossa Uruena
JUAN MANUEL SOSSA URUENA (E)

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

